

ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 Effect of Empowerment Program by Community Nurse Practitioners on Medication Behavior in Type 2 Diabetic Patients by Community Nurse Parctitioners

บุษกร มงคลนิมิตร* หทัยชนก บัวเจริญ** วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน 6 แห่งของโรงพยาบาลเดิมบางนางบวชจำนวน 201 คน ผ่านการคัดกรองพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับประทานจากแบบสัมภาษณ์ประเมินความร่วมมือ (Morisky Score) โดยผลการประเมินได้คะแนนน้อยกว่า 4 คะแนนจำนวน 62 คน (ร้อยละ 35.32) จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึก และโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วยการค้นหาพฤติกรรมการใช้ยา สะท้อนคิด ตัดสินใจ เยี่ยมบ้านศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิต ยกย่องเพิ่มคุณค่า ติดตามพฤติกรรมการใช้ยา เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ระดับ 0.55 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ไคสแควร์ (Chi-Square) และสถิติทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Ranks Test)

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ปฏิบัติได้ถูกต้องน้อยที่สุดได้แก่ การลิ้มรับประทานยาเบาหวาน (ร้อยละ 17.5) รองลงมาได้แก่ การรับประทานยาเบาหวานตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 40.0) และการรับประทานยาเม็ดเบาหวานก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 77.5) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05 ได้แก่ การมองเห็นและจำนวนครั้งความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน พฤติกรรมการใช้ยาเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 52.5 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงทั้งหมดร้อยละ 100

ข้อเสนอแนะ คือ ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการเสริมพลังอำนาจแก่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อเป็นแรงเสริมในการปรับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้านการมองเห็น หรือจำนวนครั้งความถี่ของการรับประทานยา

คำสำคัญ: พฤติกรรมการใช้ยา การเสริมพลังอำนาจ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

* พย.ม (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช

** ผศ.ดร. ภาควิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

*** ผศ.ดร. ภาควิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ



Abstract

This quasi-experimental research was aimed to examine the effect of empowerment program on medication behavior in type 2 diabetic patients by community nurse practitioners. The samples included a total of 201 type 2 diabetic patients selected from six community health centers at Dermbang-nangbouch Hospital. The participants had been undergone screening the non-compliance medication-taking behavior through the Compliance Questionnaires for Oral Diabetes Pills (Morisky Score). The results showed that 62 patients (35.32%) obtained 4 scores or lesser. Then, 40 participants were selected by multi-stage random sampling. The instrument used to gather data included interviewing, recording and empowerment program focusing on identifying medication-taking behavior, reflection, and home visiting for investigating the living pattern, value enhancing, follow-up of medication-taking behavior. Content validity was performed by experts, reliability test performed by Cronbach's Alpha Coefficient was at 0.55. Data analysis was conducted by using mean, standard deviation, percentage, Pearson's Product Moment Correlation, Chi-Square, and Wilcoxon Signed Ranks Test.

The results demonstrated the less medication-taking behavior in type 2 diabetic patients as follow: forgetting drug intake (17.5%), followed by intake of diabetic pills timely as prescribed by physician (40.0%), and intake of diabetic pills 1 hour before meal (77.5%), respectively. The factors associated statistically (at < 0.05) with type 2 diabetic patients' intake of drugs included visibility and frequency of daily intake. The diabetic patients' behavior after giving the treatment of empowerment program was statistically improved at significant level < 0.001 ; namely, behavior score was 52.5% at pre-treatment of empowerment program, while behavior score rose to 100% after treatment of empowerment program.

For future work, it's suggested that workshop seminars should be held for empowering the community nurse practitioners, and it should be used as reinforcement for medication-taking behavior modification in type 2 diabetic patients for visibility and frequency of drug intake.

Keyword: Medication-taking behavior, empowerment, type 2 diabetic patients.

Budsakorn Mongcolnimit, Hathaichanok Buajaroen, and Vanida Durongritichai. Effect of empowerment program by community nurse practitioners on medication behavior in type 2 diabetic patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, January - June 2012; 13(1): 81 - 88.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย และมีอัตราความชุกเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนเพิ่มมากกว่า 285 ล้านคน และคาดว่า จะเพิ่มเป็น 438 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 หรือเพิ่มเฉลี่ยปีละ 7 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยคนไทย ปี พ.ศ. 2546-2547 พบอัตราความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 4.4 โดยเพศหญิงมีอัตราความชุกสูงกว่าเพศชาย (เพศหญิงร้อยละ 7.3 เพศชายร้อยละ 6.4) และมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น สาเหตุสำคัญของเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นในประเทศไทย คือ ความครอบคลุมของการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเพียงร้อยละ 41 และประสิทธิผลในการรักษาไม่ถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด²

เบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของกระบวนการเผาผลาญกลูโคสในร่างกาย³ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบได้ถึงร้อยละ 90 ของโรคเบาหวานทั้งหมด ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวาน ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต จอประสาทตา ระบบประสาท หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ซึ่งโรคเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตไม่น้อย ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต และการให้การศึกษาที่ถูกต้องจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้⁴ ซึ่งจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคเบาหวานพบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานมักเลือกวิธีการรับประทานยามากกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากเห็นว่าสะดวก และคิดว่า ยามีประสิทธิภาพสามารถลดระดับน้ำตาลได้⁵ ขณะที่เมื่อเป็นโรคเบาหวานนานขึ้น

เรื่อยๆ จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายจะลดน้อยลงไปตามลำดับ ดังนั้นการให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดในการรักษาจึงมีความจำเป็น⁶ และกิจกรรมที่ผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเองส่วนใหญ่ คือ การให้ยา⁷ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ไม่ดีส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานยาไม่ถูกต้อง^{8,9} โดยพบอัตราความไม่ร่วมมือในการให้ยาของผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 32.1-48.6^{8,9} และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาพบว่า ปัจจัยด้านบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การมองเห็น ความสามารถจัดยา ความรู้การใช้ยา เม็ดในการควบคุมเบาหวาน^{8,10,11,12} ปัจจัยด้านการรักษาประกอบด้วย จำนวนชนิดยา จำนวนเม็ดยา ความถี่ของการรับประทานยา อาการไม่พึงประสงค์จากยา^{8,12,13,14} และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการให้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน^{8,12} ผลกระทบจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความล้มเหลวของการรักษา ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง และการดำเนินของโรคทวีความรุนแรงมากขึ้นจนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมค่าใช้จ่ายจากการรักษาที่เพิ่มขึ้นทั้งภาครัฐและบุคคลตามมา ดังนั้น กลวิธีพัฒนาความสามารถการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานให้ได้รับระดับเพียงพอและต่อเนื่อง ต้องอาศัยความเข้าใจปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อส่งเสริมให้บุคคลตระหนัก หรือเกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพ¹⁶ ซึ่งการเสริมพลังอำนาจให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า การเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยเพิ่มความรับผิดชอบในการควบคุมวิถีชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม¹⁶ ปัจจุบันวิชาชีพการพยาบาลมีการมอบหมายให้พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถดูแลเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ให้เป็นไปตามมาตรฐานของการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อยกระดับมาตรฐานบริการและส่งเสริมบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติในการตรวจรักษา ส่งจ่ายยา ภายใต้การดูแลของแพทย์ที่เลี้ยง¹⁷ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและสร้างโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อันช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากการใช้ยาไม่ถูกต้องได้

โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง พบสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ส่งผลต่อระบบบริการล่าช้าและมีความแออัด ในปี พ.ศ. 2550 จึงเปิดระบบบริการคลินิกผู้ป่วยเบาหวานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตความรับผิดชอบ 6 แห่ง

เพื่อขยายระบบบริการลงสู่ชุมชน ผู้ป่วยเบาหวานไม่ต้องเดินทางไกล ลดปัญหาการแออัด และลดระยะเวลาการคอยในโรงพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนขั้นตอนการให้บริการคลินิกผู้ป่วยเบาหวานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน 6 แห่งของโรงพยาบาลเดิมบางนางบวชพบว่า ยังไม่มีกระบวนการขั้นตอนใดที่ให้ความสำคัญกับการให้ยาอย่างเป็นระบบ แพทย์จะแจ้งรายการยาที่ใช้และเจ้าหน้าที่จ่ายยาจะอธิบายวิธีการใช้ยาอย่างรวดเร็ว ขาดการตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ยา ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเบาหวานมีการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง กล่าวคือ รับประทานยาไม่ตรงเวลา ผิดขนาด หรือรับประทานยาสมุนไพร ร่วมกับ ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองตามอาการที่รู้สึกว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ส่งผลให้การควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดี โดยผลระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมได้ (FPG 80-130 มก./ดล.) ร้อยละ 22.34 (โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช. 2552)

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานให้บริการคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน 6 แห่งของโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ซึ่งสร้างตามแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน¹⁵ ต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีระดับพฤติกรรมการใช้ยาน้อยจากการคัดกรองด้วยแบบประเมินความร่วมมือการใช้ยา (The Morisky Score) และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เกิดความตระหนัก และสร้างความเข้มแข็งให้พร้อมในการแก้ไขปัญหาตามศักยภาพของตน¹⁵ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การมองเห็น ความสามารถ จัดยา ปัจจัยด้านการรักษาประกอบด้วยจำนวนชนิดยา จำนวนเม็ดยา ความถี่ของการรับประทานยา อาการไม่พึงประสงค์จากยา อีกทั้งผู้วิจัยมีความเชื่อว่าการเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวาน จะช่วยเพิ่มความรับผิดชอบในการควบคุมวิถีชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมได้ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจพัฒนารูปแบบโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจที่เน้นกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจ อันช่วยเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการและจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามมา

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน
3. ศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงทดลอง (Quasi Experimental Research) นี้ ประชากรเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน 6 แห่งของโรงพยาบาลเดิมบางนางบวชทั้งหมด 201 คน ใช้แบบสัมภาษณ์ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาเบาหวาน (Morisky Score) คัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการใช้ยามีคะแนนน้อยกว่า 4 พบว่า มีจำนวน 62 คน (ร้อยละ 35.32) จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ด้วยเกณฑ์คัดเข้า (Inclusive criteria) ได้แก่ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยารับประทานควบคุมระดับน้ำตาล ไม่มีปัญหาการสื่อสารด้านการรับรู้, การได้ยิน, การพูดหรือตาบอด, มารับบริการต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และยินยอมสมัครใจร่วมการศึกษา และมีภูมิลำเนาในศูนย์สุขภาพชุมชน 6 แห่ง จากนั้นใช้การสุ่มแบบง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยา และแบบบันทึกการายการยา

1. โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์แรก ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยดำเนินการขั้นตอนที่ 1 ถึง 3 ของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และการตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง โดยการอภิปรายเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างในศูนย์สุขภาพชุมชน 6 แห่งๆ ละประมาณ 5-10 คน การอภิปรายกลุ่มแต่ละแห่งจะใช้เวลาประมาณ 2-3 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 เยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการพบพวชนขั้นตอนที่ 1 ถึง 3 ของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตและดำเนินการขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยนข้อมูลปัญหาและอุปสรรคของพฤติกรรมการใช้ยา ตลอดจนผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาให้ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 เยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างยกย่องเพิ่มคุณค่า ผู้วิจัยดำเนินการพบพวชนขั้นตอนที่ 1 ถึง 3 ของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ และติดตามขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง โดยประเมินความสำเร็จ อุปสรรคของกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรม

การใช้ยา กรณีพบอุปสรรคให้โอกาสกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้ยา พร้อมให้ข้อมูลความรู้ส่วนที่ขาด ชี้แนะทางเลือกที่สอดคล้องเพื่อเสริมการตัดสินใจและเสริมความมั่นใจในวิถีปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมทั้งประสานขอความช่วยเหลือจากครอบครัว หรือทีมสหสาขาวิชาชีพตามความเหมาะสม โดยใช้เวลาประมาณ 40 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นการสรุปประเมินผลโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจและติดตามพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง โดยการอภิปรายกลุ่มใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง ซึ่งโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจได้ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ นำข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไข จนมีความเหมาะสมของเนื้อหาสาระ กิจกรรมและความเป็นไปได้ในการใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยา 17 ข้อ แบบบันทึกการายการยา โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ระดับ 0.55

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังใช้แบบสัมภาษณ์ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาเบาหวานคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการใช้ยามีคะแนนน้อยกว่า 4 และอยู่ในเกณฑ์คัดเข้า กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายและเซ็นยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2553- มกราคม 2554 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Moment Correlation) สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) และสถิติทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Ranks Test)

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.0 อายุระหว่าง 56-65 ปีมากที่สุด ร้อยละ 37.5 อายุเฉลี่ย 59 ปี ส่วนใหญ่ทำงานร้อยละ 70.0 โดยอาชีพส่วนมาก คือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 52.5) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 58.5) โดยค่าเฉลี่ย 7 ปี กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการมองเห็น ร้อยละ 30.0 และอาการไม่พึงประสงค์จากยาร้อยละ 42.5 สำหรับปัจจัยด้านการรักษาพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับจำนวนชนิดยาต่อเนื่อง

3-4 ชนิดต่อวัน(ร้อยละ 47.5) โดยมากจำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน คือ มากกว่า 7 เม็ดต่อวัน (ร้อยละ 52.5) ความถี่ของการรับประทานยาที่พบมาก คือ รับประทานวันละ 4 ครั้ง(ร้อยละ 32.5) ความสามารถในการจัดยาของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถจัดยาถูกต้อง พฤติกรรมการใช้ยาก่อนให้โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาระดับสูงร้อยละ 52.5 รองมาคือ พฤติกรรมการใช้ยาระดับปานกลาง และพฤติกรรมการใช้ยาระดับต่ำตามลำดับ (ร้อยละ 32.5, 15.0) โดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ปฏิบัติได้ถูกต้องน้อยที่สุด ได้แก่ การรับประทานยาเบาหวาน

(ร้อยละ 17.5) รองลงมาได้แก่ การรับประทานยาเบาหวานตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การมองเห็น และจำนวนครั้งความถี่ของการรับประทานยาต่อวันที่ระดับ < 0.05 (ตารางที่ 1 และตารางที่ 2) พฤติกรรมการใช้ยาเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจที่ระดับ < 0.001 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการเสริมพลังอำนาจเท่ากับ 59.83 ขณะที่ค่าเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจเท่ากับ 67.05 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ค่าสหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัย	ค่าสหสัมพันธ์	p- value
อายุ	-.146	.368
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-.068	.678
จำนวนชนิดยาต่อวัน	-.068	.676
จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน	-.159	.328
ความถี่ของการรับประทานยาต่อวัน	-.348*	.028

ตารางที่ 2 ค่าไคสแคว์ของปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัย (n=40)	ระดับพฤติกรรมการใช้ยา			Chi-Square	P-value
	ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)		
เพศ				5.044	.008
ชาย	4 (33.33)	4 (33.33)	4 (33.33)		
หญิง	2 (7.15)	9 (32.15)	17 (60.70)		
การมองเห็น				6.693	0.035*
ไม่มีปัญหาการมองเห็น	1 (8.33)	1 (8.33)	10 (83.33)		
มีปัญหาการมองเห็น	5 (17.85)	12 (42.85)	11 (39.30)		
ความสามารถจัดยา				1.006	.605
จัดยาไม่ถูกต้อง	2 (20.00)	2 (20.00)	6 (60.00)		
จัดยาถูกต้อง	4 (13.30)	11 (36.70)	15 (50.00)		
อาการไม่พึงประสงค์จากยา				2.984	.225
พบ	3 (17.65)	3 (17.65)	11 (64.70)		
ไม่พบ	3 (13.00)	10 (43.50)	10 (43.50)		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ

ระดับพฤติกรรมการใช้ยา (n=40)	ค่าคะแนน	$\bar{X}$	S.D.	Wilcoxon Z	p-value
ก่อนการเสริมพลังอำนาจ	46-67	59.83	5.71	- 3.987	0.000
หลังการเสริมพลังอำนาจ	63-68	67.05	1.40		

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 59 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี โดยมีค่าเฉลี่ย 7 ปี ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2546-2547 ที่พบว่า อัตราการเป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุและพบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย² และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร บุญกัน¹⁸ ซึ่งพบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และมีอายุเฉลี่ย 49 ปี ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 5-8 ปี นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการมองเห็นร้อยละ 30 และมีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถจัดยาได้ไม่ถูกต้องร้อยละ 25.0 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะการมองเห็น เช่น เลนส์แก้วตาหนา การปรับกำลังขยายระยะภาพไม่ดี (Accommodation) ทำให้สายตายาว หรือความคมชัดการมองเห็นลดลง¹⁹ ซึ่งการมองเห็นส่งผลต่อความสามารถในการจัดยาด้วยตนเองของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของสมศักดิ์ วราอัศวปติ⁸ ส่วนอาการไม่พึงประสงค์จากยาปรับร้อยละ 42.5 สอดคล้องกับเยาวภา ศรีวิชัย¹³ และ ชุตินา วีระวันชัย²⁰ ซึ่งพบว่า เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 19.42 และ 47.31 ตามลำดับ

สำหรับปัจจัยการรักษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากได้รับจำนวนชนิดยาต่อเนื่อง 3-4 ชนิดต่อวัน (ร้อยละ 47.5) ส่วนจำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ส่วนใหญ่รับประทานมากกว่า 7 เม็ดต่อวัน (ร้อยละ 52.5) สำหรับความถี่ของการรับประทานยา โดยมากรับประทานวันละ 4 ครั้ง (ร้อยละ 32.5) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของภวศร ชัยมัน¹² ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอส่วนใหญ่ร้อยละ 86.60 ได้รับยาชนิดเดียว สำหรับจำนวนยาที่รับประทานต่อวันส่วนมากรับประทานยา 1 เม็ดต่อวัน (ร้อยละ 63.8) และความถี่ของการรับประทานยาพบมากที่สุดวันละครั้ง (ร้อยละ 66.1) ซึ่งแบบแผนการรักษาที่พบต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากบริบทของโรคต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็มีโรคประจำตัวหลายโรคร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และอื่นๆ เป็นต้น จึงทำให้จำนวนชนิดยา เม็ดยาและความถี่ของการรับประทานยาต่อวันแตกต่างกัน ซึ่งการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันในผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงของยาหรืออาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ เช่น การแพ้ยา การเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างชนิดของยา อันเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระและพยาธิสภาพของร่างกายที่เสื่อมไปตามวัย นอกจากนี้การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องจะก่อให้เกิดการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลงได้²¹

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีพฤติกรรมการใช้ยาเบาหวานระดับสูงพบร้อยละ 52.5 โดยพฤติกรรมการใช้ยาที่ปฏิบัติได้ถูกต้องน้อยที่สุด ได้แก่ การลิมรับประทานยา

เบาหวาน (ร้อยละ 17.5) รองลงมาคือ การรับประทานยาเบาหวานตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 40) การรับประทานยาเม็ดเบาหวานก่อนอาหารนาน 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 47.5) และการใช้ยาสมุนไพรที่มีผลระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับยาที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 70) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของอารมณี พรหมดี²² ที่พบว่า ลักษณะความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุเบาหวานที่พบมากที่สุด ได้แก่ เคยลิมรับประทานยาร้อยละ 100 รองลงมาได้แก่ ไม่รับประทานยาตามเวลาที่กำหนดร้อยละ 86.7 และ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ⁵ ที่พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาที่พบมากที่สุด ได้แก่ รับประทานยาไม่ตรงเวลา ลิมรับประทานยา การลงใช้สมุนไพร ตามลำดับ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพ ต้องเร่งรีบในการทำงาน จึงเป็นสาเหตุทำให้ลิมรับประทานยาเบาหวานเมื่อนั้นๆ ได้ รวมทั้งอาจเกิดจากการรับประทานยาไม่ตรงเวลาที่แพทย์สั่ง และด้วยความกลัวล้ม กลุ่มตัวอย่างจึงรับประทานยาเม็ดเบาหวานก่อนอาหารนานเกิน 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะเมื่อเช้าที่มักจะรับประทานทันทีหลังตื่นนอน จึงเป็นเหตุให้มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ นอกจากนี้ สาเหตุของการรับประทานยาไม่ตรงเวลาที่แพทย์สั่ง ยังอาจเกิดจากปัญหาการมองเห็นซึ่งพบถึงร้อยละ 30 ใช้วิธีการจำ โดยไม่ได้อ่านฉลาก ทำให้รับประทานยาไม่ตรงเวลาที่แพทย์สั่ง

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การมองเห็น จำนวนครั้งความถี่ของการรับประทานยาต่อวันทีระดับ <0.05 ซึ่งการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาทีระดับ <0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของอิอิจเคน¹¹ ที่พบว่า อัตราความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุเกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสายตา (Vision Loss) และ สอดคล้องกับการศึกษาของสมศักดิ์ วราอัศวปติ⁸ ที่พบว่า แบบแผนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน จะดูลักษณะเม็ดยา (รูปร่าง ขนาด สี) ร่วมกับการจดจำวิธีการใช้ยา โดยผู้ป่วยไม่สนใจเรื่องยาและฉลากบอกวิธีใช้ยา ส่วนจำนวนครั้งความถี่ของการรับประทานยาต่อวันสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทีระดับ <0.05 แตกต่างจากการศึกษาของภวศร ชัยมัน¹² ที่พบว่า จำนวนครั้งความถี่ของการรับประทานยาต่อวันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่รับประทานยา 4 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 32.5) ในขณะที่การศึกษากวศร ชัยมัน¹² ส่วนใหญ่รับประทานยาน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 87.4) การบริหารยาหลายครั้งต่อวันจึงอาจทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ซึ่งทำให้ลิมรับประทานยาเบาหวาน หรือรับประทานยาเบาหวานไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง ส่วนจำนวนชนิดยาและจำนวนเม็ดยา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา แตกต่างจาก

การศึกษาของ ภาวคร ชัยมัน¹² ที่พบว่า จำนวนชนิดยาและจำนวนเม็ดยาสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมการใช้ยา ทั้งนี้อาจเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นเคยกับพฤติกรรมการรับประทานยาเดิมๆ ประกอบกับ แผนการรักษาปรับเปลี่ยนไม่มาก จึงใช้การจำลักษณะรูปร่างชนิดยาและจำนวนเม็ดยาที่รับประทานได้ สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสามารถในการจัดยา อาการไม่พึงประสงค์จากยาในการศึกษานี้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานเฉลี่ย 7 ปี จึงเคยชินกับพฤติกรรมการรับประทานยาเดิมๆ ประกอบกับแผนการรักษาปรับเปลี่ยนไม่มาก จึงทำให้ปัจจัยเหล่านี้ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวคร ชัยมัน¹² ที่พบว่า อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฏี ทองบรรจบ และคณะ²¹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีการปรับตัวคิดว่า ยาเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องกินทุกวันจนเกิดความเคยชิน จึงทำให้อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสามารถในการจัดยา อาการไม่พึงประสงค์จากยาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา แต่สำหรับเพศนั้นไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวคร ชัยมัน¹² ที่พบว่า เพศ-มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาโดยเพศหญิงมีพฤติกรรมการใช้ยาดีกว่าเพศชาย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีจำนวนน้อย ทำให้ไม่สามารถแยกแยะความแตกต่างของเพศต่อพฤติกรรมการใช้ยาได้

สำหรับผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจที่ระดับ <0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของบุษกร อ่อนโนน²³ ซึ่งศึกษาผลของการเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า คะแนนความสามารถหลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่มที่ระดับ < 0.01 อาจเป็นเพราะโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเรียนรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมและดูแลพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองได้ โดยผ่านกระบวนการของการพิจารณาพิจารณา ทำความเข้าใจ เพื่อให้มีความรู้ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นำมาวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจ และวางแผนนำสู่การกระทำโดยมีการควบคุมและประเมินผลการ

กระทำด้วยตนเอง ซึ่งพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนพฤติกรรมการเรียนรู้และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เรื่องการใช้ยาเพิ่มขึ้นและมีพฤติกรรมการใช้ยาเบาหวาน ถูกต้องลดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และผลลัพธ์ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของกิบสัน¹⁵ กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ เพื่อให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุม กำกับการดำรงชีวิตของตนเอง เป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกในสำนึกคุณค่าของตนเอง การสร้างประสิทธิภาพของตนในการจัดกิจกรรมต่างๆ หรือการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรนำกระบวนการเสริมพลังอำนาจไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก หรือผู้ให้บริการในชุมชน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเองที่บ้านให้ถูกต้อง
2. กระบวนการเสริมพลังอำนาจส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรเน้นในกลุ่มที่มีปัญหาการมองเห็นและจำนวนครั้งความถี่ของการรับประทานยาตัวอื่น
3. ควรมีการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติเรื่องแนวคิดและกระบวนการเสริมพลังอำนาจให้กับพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งเสริมพลังอำนาจในพฤติกรรมการใช้ยากับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในระยะยาวเพื่อติดตามผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านความยั่งยืนของพฤติกรรมการใช้ยาและผลลัพธ์ระดับน้ำตาลในเลือด
2. ควรศึกษาวิเคราะห์และพัฒนาโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้นและนำไปสู่วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ
3. ควรพัฒนาเครื่องมือสัมภาษณ์หรือแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อให้ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมใช้ยาถูกต้องและแม่นยำขึ้น
4. ควรศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes; 2008 (cited 31 August 2010). Available: http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index.html
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยประชากรไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่3 พ.ศ. 2546-2547. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2549.



3. อภิชาติ ศรีวิจิตรมงคล และสุทิน ศรีอัญญาพร. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ. ใน: สุทิน ศรีอัญญาพร และ วรณิ นิธิยานันท์. (บรรณาธิการ) โรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์; 2548.
4. ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ และ กอบชัย พัววิไล. การวินิจฉัยและจำแนกโรคเบาหวาน. ใน: อภิชาติ วิชญาณรัตน์. (บรรณาธิการ) ตำราโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์; 2546.
5. วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2. วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร. กันยายน 2550; 26 (1): 71-84.
6. ณัฐเชษฐา เปล่งวิทยา และ สุทิน ศรีอัญญาพร. ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานใน: สุทิน ศรีอัญญาพร และ วรณิ นิธิยานันท์. (บรรณาธิการ) โรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์; 2548.
7. สุรพงษ์ พงษ์เวียง และ สุกัลยณี สิงห์สัย. การจัดระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลกุดจับและเครือข่าย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. มกราคม-เมษายน 2551; 16 (ฉบับภาคผนวก ก) :407-414.
8. สมศักดิ์ ราชอัสวปติ. พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่โรงพยาบาลนครพิงค์ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ส.ม. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2535.
9. ปิยวรรณ เหลืองจิโรทัย และคณะ. ความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด : กรณีศึกษาคลินิกพิเศษอายุรกรรม. วารสารเภสัชกรรม โรงพยาบาลลำปาง. กันยายน-ตุลาคม 2550; 17 (3) : 223-230.
10. ปิยพร สุวรรณโชติ. กลวิธีที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกสูงอายุโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ ภ.ม. (สาขาวิชาเภสัชกรรม). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
11. Van Eijken, M., et al. Intervention to improve Medicine in Older patients living in the community : A systemic Review of the literature. Drugs & Aging. 2003; 20 (3) : 229-240.
12. กวีกร ชัยมัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอดุสิต จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
13. เยาวภา ศรีวิชัย. ปัญหาที่เกี่ยวกับยาและผลของการแก้ไขปัญหามิใช่ผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์ ภ.ม. (สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
14. Sorensen, L. et.al. Medication management at home : medication-related risk factors associated with poor health outcomes. Age and Ageing. 2005; 34 (6) :626-632.
15. Gibson, C. H. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing. 1991; 16 : 354-361.
16. Awé, C. and Lin, S.J. A Patient Empowerment Model to Prevent Medicine Error; 2003 (cited 17 September 2010). [Online] Available : <http://www.springerlink.com>
17. รุ่งโรจน์ วรรณภิระ. เอกสารประกอบการบรรยายบทบาทของพยาบาลในการใช้ยารักษาโรคเบื้องต้น; มปป (สืบค้น 31 สิงหาคม 2553) [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.nurse.nu.ac.th>
18. จิราพร บุญกัน. อุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
19. ประลัล โอภาสนันท์. การพักผ่อนนอนหลับในผู้สูงอายุ. ใน บุญศรี นฤเดช, ปาลิรัตน์ พรทวีกันหา และคณะ. (บรรณาธิการ) การพยาบาลผู้สูงอายุ พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: ยุทธินทรการพิมพ์; 2550.
20. ชุตินา วีระวันชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยในซึ่งเป็นโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ ภ.ม.(สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก). บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
21. กฤษฎี ทองบรรจบ และคณะ. การศึกษาเปรียบเทียบมุมมองระหว่างผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและแพทย์ผู้ดูแลที่มีต่อการกินยาหลายอย่างในเวชปฏิบัติครอบครัว. วารสารระบบบริการปฐมและเวชศาสตร์ครอบครัว. พฤศจิกายน 2553-กุมภาพันธ์ 2554; 2 (6): 28.
22. อารมณี พรหมดี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมุกดาหาร. การศึกษาอิสระ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลสูงอายุ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
23. บุษกร อ่อนโยน. ผลของการเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.